

Sławomir Murawiec
Centrum Terapii Dialog

Leczenie ostrego lęku — opis trzech przypadków zastosowania tabletek podjęzykowych alprazolamu do opanowania nasilonych dolegliwości lękowych

Treatment of acute anxiety — a report of three cases regarding the use of alprazolam sublingual tablets for the management of severe anxiety disorder

Abstract

Sudden, severe anxiety may seriously interfere with the affected person's functioning and hamper daily activities or make them impossible to carry out. This also refers to the family, professional (educational) and other aspects of life. Such a type of anxiety should be managed promptly to restore a feeling of self-control in relation to the patient's mental state and behaviour.

In the paper, a report of three cases regarding patients with anxiety disorders who have experienced very severe anxiety episodes is presented. In two cases, the therapy was continued or an antidepressant was administered. A thorough history of the episode circumstances and anxiety-related thoughts revealed a psychological background of exacerbation or occurrence of the anxiety disorder. Alprazolam sublingual tablets were administered in order to achieve rapid reduction in the severity of the condition and to restore the patients' ability to control their emotional states and activities.

A combination of alprazolam sublingual tablets and the intervention based on the understanding of the intrapsychic meaning of the circumstances that caused the symptoms was found to be an effective method of severe anxiety symptom relief.

Psychiatry 2014; 11, 3: 177-182

key words: anxiety disorders, acute anxiety, psychological intervention, benzodiazepines, alprazolam, sublingual tablets

Wstęp

Silny, dominujący nad sferą przeżyć danej osoby lęk może prowadzić do utraty kontroli nad emocjami, dysregulacji zachowania w wielu zakresach, braku możliwości kształtowania relacji z otoczeniem oraz poważnego ograniczenia lub uniemożliwienia funkcjonowania w zakresie

zawodowym i społecznym, a często także w zakresie samoobsługi i nawet prostych czynności dnia codziennego. Pacjenci z zaburzeniami lękowymi zgłaszający się na wizytę w ramach ambulatoryjnej pomocy psychiatrycznej z powodu nagłego zaostrzenia dolegliwości lękowych bardzo często skarżą się na taki poziom lęku, który determinuje ich stan emocjonalny i uniemożliwia funkcjonowanie. Opanowanie go za pomocą środków terapeutycznych (rozmowa z pacjentem) i farmakologicznych stanowi w takich sytuacjach cel postępowania mającego zmniejszyć cierpienie chorego. Decyduje też

Adres do korespondencji:
Dr n med. Sławomir Murawiec
Centrum Terapii Dialog
ul. Stryjeńskich 19 lok. 18U, 02-791 Warszawa
e-mail: smurawiec@gmail.com

o długoterminowej współpracy w leczeniu i kształtowaniu relacji terapeutycznej.

W wielu sytuacjach nasilenie dolegliwości lękowych nie jest w sposób świadomy wiązane przez pacjenta z żadnym wydarzeniem, wspomnieniem ani skojarzeniem. Jak pokazano poniżej, powiązania takie udaje się często odnaleźć w trakcie pogłębionego wywiadu, co może mieć także znaczenie terapeutyczne. W bardzo wielu sytuacjach klinicznych pacjent zgłaszający się z powodu nagle występującego lęku mówi o poczuciu braku jego uchwytnej przyczyn („nie wiem dlaczego”). Ewentualne skojarzenia wydarzeń lub innych okoliczności powodujących i zaostrzających dolegliwości mogą mu pomóc przywrócić poczucie kontroli oraz zrozumienia tego, co przeżywa. Prowadzą poprzez to do odzyskania poczucia samostanowienia oraz podmiotowości. Najczęściej takie zrozumienie powoduje także częściową redukcję ostrego lęku. Neurofizjologiczne podłoże zależności pomiędzy pojawianiem się niewyjaśnionych dla pacjenta przeżyć lękowych a funkcjonowaniem dwóch rodzajów pamięci — deklaratywnej opartej na funkcji hipokampa i emocjonalnej opartej na aktywności jądra migdałowego omawia Yowell [1].

Od strony farmakologicznej w wielu sytuacjach klinicznych leki o działaniu przeciwlękowym z grupy benzodiazepin są stosowane w celu szybkiego złagodzenia dolegliwości lękowych. Alprazolam należy do grupy triazolobenzodiazepin (zawiera w swojej budowie chemicznej pierścień triazolowy [2]) i jest lekiem często stosowanym w leczeniu zaburzeń lękowych. Jego wskazania obejmują krótkotrwałe leczenie zespołu lęku uogólnionego, napadów lęku panicznego z agorafobią lub bez oraz zespół lękowy z wtórnym obniżeniem nastroju. Lek ten jest wskazany „w sytuacjach w których objawy są nasilone, zaburzają prawidłowe funkcjonowanie lub są bardzo uciążliwe dla pacjenta” [3] — co odpowiada zastosowaniu w przedstawionych poniżej sytuacjach klinicznych. Przegląd piśmiennictwa dokonany przez Jonesa i wsp. [4] oparty na wynikach 84 badań wskazuje na szerokie stosowanie tej substancji w wielu krajach świata w leczeniu zaburzeń lękowych, lęku napadowego oraz pewnych aspektów zaburzeń depresyjnych.

Alprazolam w formie tabletek podjęzykowych wpisuje się w coraz szersze stosowanie w psychiatrii leków w postaci tabletek ulegających rozpadowi w jamie ustnej (ODT, *orally disintegrating tablets*) i w formie podjęzykowej (SL, *sublingual tablets*). W Polsce dostępne są już od kilku lat leki przeciwpsychotyczne oraz przeciwdepresyjne w postaci tabletek ulegających szybkiemu rozpadowi w jamie ustnej. Z punktu widzenia farmakologicznego leki ODT mają za zadanie ulec rozpoczynaniu w jamie

ustnej, natomiast ich wchłanianie odbywa się w niższych piętrach układu pokarmowego. Idea leków w formie SL zakłada ich wchłanianie w obrębie jamy ustnej. Możliwe są też formy pośrednie wchłaniania leków, w których absorpcja substancji czynnej zachodzi zarówno powyżej żołądka, jak i niższych częściach układu pokarmowego. W badaniu Scavone i wsp. [5] w którym porównywano podjęzykową oraz tradycyjną postać alprazolamu w dawce 1 mg w grupie 13 zdrowych ochotników, wykazano, że największe stężenie leku w surowicy było wyższe po podaniu w formie tabletek podjęzykowych (17,3 w porównaniu z 14,9 ng/ml), a czas do osiągnięcia tego stężenia był krótszy (1,17 w porównaniu z 1,73 godziny po podaniu). Różnice te, aczkolwiek widoczne numerycznie, nie osiągnęły jednak w cytowanym badaniu poziomu istotności statystycznej. Tym niemniej, pozwalają one na przypuszczenie o co najmniej porównywalnej szybkości wchłaniania i osiąganiu poziomu terapeutycznego w surowicy w przypadku tabletek przyjmowanych podjęzykowo i tabletek przeznaczonych do połykania. Ewentualne różnice w szybkości wchłaniania i poziomie dostępności leku mogą wynikać z faktu, że pewna część substancji czynnej podawanej w postaci tabletek rozpuszczalnych w jamie ustnej jest wchłaniana w górnym odcinku przewodu pokarmowego, a poprzez to omija metabolizm wątrobowy. W cytowanym tu badaniu Scavone i wsp. [5] czas połowicznej eliminacji nie różnił obu postaci leku i wynosił odpowiednio 11,7 w porównaniu z 11,8 godziny.

Zastosowanie benzodiazepin, w tym alprazolamu, powinno być zgodne ze wskazaniami do ich stosowania oraz wynikać z pewnych cech sytuacji klinicznej, wskazanych powyżej (konieczność przywrócenia pacjentowi utraconej możliwości funkcjonowania lub duża uciążliwość objawów). Ograniczenia stosowania tej grupy leków, takie jak potencjał uzależniający w sytuacjach długotrwałego przyjmowania przez pacjenta, występowanie zjawiska tolerancji sprawiają, że zalecenia prowadzenia farmakoterapii benzodiazepinami w zaburzeniach lękowych mówią o ich stosowaniu w okresie czasu nieprzekraczającym 3–4 tygodni (do maksymalnie 8–12 tygodni z uwzględnieniem okresu zmniejszania dawki) [6]. Szerzej na temat zastosowania benzodiazepin w terapii zaburzeń lękowych piszą Konopka i wsp. [7]

Zaprezentowane niżej opisy trzech przypadków obrazują sytuacje kliniczne, w których zarówno rozmowa z pacjentem pogłębiająca wywiad co do skojarzeń związanych z wystąpieniem lęku, jak i krótkotrwałe zastosowanie alprazolamu przyniosło złagodzenie silnych dolegliwości lękowych o nagłym początku lub stanowiących zaostrzenie przewlekłe występujących problemów.

Przypadek I

Pacjentka lat 33 leczona od lat z rozpoznaniem lęku uogólnionego, zgłosiła się z powodu nagłego pogorszenia stanu psychicznego trwającego od ostatniego weekendu. W okresie poprzedzającym zgłoszenie na wizytę pacjentka przyjmowała lek z grupy SSRI (*selective serotonin reuptake inhibitor*), ten sam lek przyjmowała z przerwami od kilku lat w okresach kilkumiesięcznych. Każdorazowo po odstawieniu leku po kilku miesiącach objawy lękowe nawracały, a nawrotu dolegliwości pacjentka nigdy dotychczas nie wiązała z żadnym bieżącym wydarzeniem w swoim życiu.

Przyczyny i okoliczności aktualnego pogorszenia także pozostawały niezrozumiałe dla pacjentki. Zgłaszała, że od kilku dni odczuwa bardzo silny lęk, nie może się uspokoić, ma zaburzenia snu, okresowo lęk nasila się do wymiaru napadów paniki z silnymi objawami somatycznymi, przede wszystkim, kołatania serca, uczuciem tracenia kontroli, poczuciem że stanie się coś strasznego. Pacjentka nie mogła w związku z tym funkcjonować w pracy z powodu lęku, trudno jej było robić codzienne zakupy i przemieszczać się po mieście. Podsumowując, nagle, po okresie zasadniczo sprawnego funkcjonowania, nie była w stanie żyć na dotychczasowym poziomie i wykonywać codziennych czynności, wystąpiło poważne załamanie możliwości funkcjonowania.

Stopniowo, w trakcie dłuższej rozmowy (która pozwoliła na zmniejszenie aktualnego poziomu lęku i napięcia pacjentki) stało się możliwe odtworzenie tego, co wydarzyło się w ostatnich dniach. Pacjentka zrelacjonowała, że po raz pierwszy od lat nie pojechała do swojej matki, aby spędzić wspólnie z nią weekend. Pod koniec dni wolnych matka zadzwoniła, że spadła „ze stołeczka” w mieszkaniu, nic poważnego jej się nie stało. W pacjentce uruchomiło to jednak bardzo silny lęk związany z jej historią życia. Dalszy wywiad ujawnił śmierć ojca pacjentki na zawał serca, kiedy była ona w wieku około 8–9 lat. Pacjentka zrelacjonowała, że od tego czasu przeżywa bardzo silny, stały, uporczywy lęk o zdrowie i życie własne oraz osób bliskich. Ten lęk obejmuje w zasadzie wszelkie sfery życia (np. pacjentka jest osobą samotną, obawia się wejść w związek, aby nie stracić partnera, który mógłby zachorować i umrzeć; nigdy nie zrobiła prawa jazdy, nie latała także samolotem itd.). Jako dziecko wytworzyła w swoim umyśle przekonanie, że jeśli będzie dostatecznie czujna i uważna, to osobom bliskim nic się nie stanie. W związku z tym najlepiej czuła się, przebywając wspólnie w domu z bliskimi, mając nad nimi wyobrażoną, ale dającą jej subiektywne poczucie bezpieczeństwa kontrolę. Po informacji od matki o jej „wypadku” pomyślała, że nie pojechała do matki na weekend, i stało się „nieszczęście”. Pacjentka zaczęła

obwiniać o to siebie w kontekście swoich dziecięcych wyobrażeń o dbaniu o osoby bliskie („nie pojechałam, straciłam czujność”). Pojawił się także silny lęk o zdrowie osób bliskich (w szczególności zdrowie matki) okresowo nasilający się do rozmiarów lęku panicznego. Czynnikiem dodatkowo nasilającym lęk w stosunku do siebie samej było zbliżanie się jej samej do wieku, w którym ojciec miał śmiertelny zawał.

W zaistniałej sytuacji przyjęto, że pogorszenie stanu psychicznego pacjentki, pojawienie się napadów lękowych są związane z bieżącymi okolicznościami, ale tak istotne, że nasilenie objawów dezorganizuje życie pacjentki i wymaga szybkiej interwencji. Utrzymano dotychczasowe leczenie lekiem SSRI, natomiast pacjentka otrzymała alprazolam w formie podjęzykowej, w celu umożliwienia jej szybkiego opanowywania napadów lękowych. Dane z wywiadu przemawiały za tym, że pogorszenie ma charakter epizodu, może potrwać przez pewien czas, można było jednak przewidywać, że lęk powinien u pacjentki ulec wygaszeniu w krótkim czasie. W związku z tym istniała potrzeba szybkiego przywrócenia jej możliwości pracy. Jednocześnie omówiono z pacjentką zasady przyjmowania alprazolamu (w okresie maksymalnie 3–4 tygodni) oraz cele leczenia w postaci przywrócenia jej utraconego poczucia kontroli nad sobą (przede wszystkim nad napadami lęku) oraz odzyskania możliwości kontynuowania pracy (jest osobą samotną, zdaną na siebie).

Przypadek II

Pacjentka lat 28, leczona kilkakrotnie, z rozpoznaniem agorafobii, lęku uogólnionego, napadów lęku panicznego zgłosiła się z powodu nagłego pogorszenia stanu psychicznego trwającego od kilku dni. Pacjentka jest modelką i utrzymuje się z modelingu. W przeszłości była kilkakrotnie leczona lekami z grupy SSRI, aktualnie od kilku miesięcy nie przyjmowała leków, czuła się i funkcjonowała względnie dobrze.

Nieoczekiwanie dla niej, w ciągu godzin wystąpiły bardzo nasilone objawy lękowe, bardzo silny lęk w godzinach porannych i przedpołudniowych, przestała wychodzić z domu, przestała dbać o codzienne potrzeby łącznie z czynnościami higienicznymi. Lęk miał nasilenie nieco słabsze po południu. Nagle pacjentka, dotychczas względnie dobrze funkcjonująca, nie mogła podejmować aktywności w jakimkolwiek zakresie, wykonywać swojej pracy, przestała wychodzić z domu i zaspokajać podstawowe potrzeby życiowe. Wydarzyło się to nagle, „z dnia na dzień” i było związane z bardzo nasilonymi doznaniem lękowymi.

Wywiad ujawnił, że pacjentka otrzymała propozycję publikacji zdjęć z jej udziałem w formie zwartego wy-

dawnictwa. Zareagowała na tę propozycję bardzo silnym lękiem — w trakcie pierwszej rozmowy nie ujawniając bliższych szczegółów na temat tego lęku. Twierdziła, że ta propozycja „po prostu” budzi jej tak silne przerażenie, że została jej nieomal narzucona, że tego nie chce, że odkąd się dowiedziała, że ma ją odwiedzić mężczyzna z wydawnictwa, czuje się przerażona, nie może się opanować lęku ani wychodzić z domu.

W trakcie pierwszej wizyty zalecono przyjmowanie poprzednio skutecznego leku z grupy SSRI, co, jak się okazało w trakcie kolejnej wizyty, przyniosło pacjentce pewną ulgę, zmniejszenie dolegliwości lękowych, natomiast nie przywróciło jej możliwości funkcjonowania, wychodzenia z domu i powrotu pracy.

W trakcie tej kolejnej wizyty pacjentka opisała powtarzający się wzorec objawów lękowych, które pojawiały się od pewnego czasu głównie w godzinach przedpołudniowych, dezorganizując jej cały dzień. Pacjentka stopniowo czuła rano narastanie lęku z objawami somatycznymi (uczucie bicia serca, dreszczy, pocucia, że coś jej zagraża), które następnie przeradzało się w bardzo silny lęk trwający kilka godzin i następnie ustępujący pod wieczór, z następującym silnym poczuciem zmęczenia. W trakcie tej wizyty i zbierania wywiadu pacjentka ujawniła także, że w młodości była ofiarą nadużycia seksualnego, które miało miejsce w godzinach przedpołudniowych (co odpowiadało porze nasilenia lęku), a jego sprawcą był mężczyzna (co odpowiadało poczuciu zagrożenia i powodowało skojarzenie z mężczyzną z wydawnictwa, który miał ją odwiedzić w sprawie jej zdjęć).

Dołączenie do leku SSRI alprazolamu w formie podjęzykowej pomogło pacjentce opanować narastający lęk w samym momencie jego pojawiania się, przerwać dalszy cykl obejmujący narastanie objawów, silny lęk, a następnie zmęczenie i wyczerpanie. Na podstawie wywiadu można było przypuszczać, że pacjentka jest w stanie funkcjonować dobrze w trakcie przyjmowania leku SSRI lub nawet bez leku, a pogorszenie jej stanu psychicznego było związane z bieżącymi wydarzeniami. Ostatecznie pacjentka odmówiła zgody na wydanie publikacji, co pozwalało przypuszczać, że lęk ulegnie wygaszeniu. Natomiast aktualna, szybka pomoc w postaci jego zmniejszenia pozwoliła jej odzyskać kontrolę na swoimi aktywnościami (przywrócić możliwość działania w ciągu dnia, ponieważ poprzednio cały czas był zajęty przeżywaniem lęku), a także umożliwiła powrót do pracy i zaspokajania potrzeb życiowych.

Przypadek III

Pacjentka, lat 36, zgłosiła się na wizytę w związku z nasileniem objawów lękowych utrudniających, a okresowo

uniemożliwiających, jej codzienne funkcjonowanie. Objawy wystąpiły stopniowo w okresie ostatnich kilku tygodni i narastały do poziomu, który uniemożliwił pacjentce wychodzenie z domu, dbanie o kilkuletnie dziecko, robienie zakupów, kontakt z otoczeniem społecznym oraz poważnie wpływały na relację z mężem.

W trakcie wizyty pacjentka początkowo praktycznie powtarzała stereotypowo „jestem w stresie, ja mam dziecko, ciekawe co pan zrobiłby jakby pan był w stresie”. Zdania były powtarzane nieustająco w kontekście „przecież ja mam dziecko”. Kontakt z pacjentką był bardzo utrudniony przez wysoki poziom lęku, zawężenie widzenia sytuacji, niemożność opowiedzenia o okolicznościach tego „stresu”, jednoznaczne oczekiwanie, że lekarz natychmiast złagodzi stan, który odczuwała jako nie do zniesienia.

W toku rozmowy uzyskano lepszy kontakt z pacjentką. Ujawniała, że jest osobą niepracującą, a mąż, który prowadzi działalność gospodarczą, ma (lub raczej miał) przejściowe problemy finansowe. Dziwiła ją postawa męża („on się tak tym nie przejmuje jak ja”) i poczuła się bardzo silnie zaniepokojona jego sytuacją zawodową. Od pewnego czasu towarzyszy jej stały lęk, zamartwianie się, oczekiwanie negatywnych wydarzeń, łagodnie wyrażone objawy somatyzacyjne, zwłaszcza z przewodu pokarmowego. Pacjentka obawiała się zwłaszcza, że zostanie z dzieckiem bez środków do życia oraz że mąż może dostać zawału, w wyniku czego zostanie sama i bez pieniędzy z małym dzieckiem. Powtarzała przy tym bardzo ogólne sądy w rodzaju „wszystkie kobiety potrzebują bezpieczeństwa”. W trakcie wywiadu pacjentka ujawniała także, że mąż „nie przejmuje się” już opisywaną przez nią sytuacją, ponieważ w zasadzie trudności zostały rozwiązane i ich sytuacja finansowa jest dobra. Rozbieżność pomiędzy jej stanem psychicznym a oceną sytuacji przez męża powodowała napięcia w relacji małżeńskiej. Być może wypowiedziane na początku zdanie kierowane do lekarza „co by pan zrobił” i „jak by pan się czuł” odnosiły się właśnie do jej poczucia niebycia rozumianą przez męża i miały wymusić zrozumienie i docenienie znaczenia jej problemów.

W wywiadzie u pacjentki były obecne wyraźne informacje na temat poszukiwania przez nią bezpieczeństwa w różnych zakresach (finansowym, rodzinnym społecznym), podejmowane raczej w sposób dostosowany i adaptacyjny, bez wyraźnych cech utrwalonych zaburzeń lękowych lub epizodów nawracającego lęku. Pacjentka po dłuższym czasie przypomniawszy sobie, że jej matka miała „nerwicę”, że w domu panował wysoki poziom lęku, obaw co do zagrożeń negatywnymi wydarzeniami żywymi.

U pacjentki wdrożono krótkotrwałe leczenie alprazolamem w formie podjęzykowej ze względu na ograniczanie

objawów do zakresu lękowego, krótkotrwały i zmierzający do samoistnego zakończenia problem reaktywny (pacjentka zareagowała na problem finansowy bardzo silnie i nie mogła wygasić swojej reakcji pomimo usunięcia ich przyczyny). Podanie leku szybko działającego było zgodne zarówno z oczekiwaniami pacjentki co do uzyskania natychmiastowej pomocy w „stresie”, jak i pozostawało w związku z jej objawami somatyzacyjnymi dotyczącymi jamy brzusznej. Na podstawie wywiadu, w obliczu braku przewlekłych zaburzeń lękowych nie było wyraźnych wskazań do zastosowania leku SSRI, ponieważ można było przewidzieć wygaszenie reakcji lękowej w okresie krótszym niż potrzebny do rozpoczęcia działania leku przeciwdepresyjnego. Wywiad u pacjentki nie wskazywał na potrzebę długotrwałego leczenia, jako że była ona osobą dobrze zaadaptowaną i radzącą sobie życiowo.

Podsumowanie

W przedstawionych powyżej sytuacjach postępowanie terapeutyczne miało charakter wielokierunkowy. Obejmowało zarówno podawanie leków należących do grupy przeciwdepresyjnych (w I i II przypadku), podawanie alprazolamu w celu opanowania zaostrzenia lub pojawienia się lęku o wysokim nasileniu, jak i rozmowę terapeutyczną, której celem było zrozumienie przez pacjenta okoliczności i skojarzeń związanych z pojawieniem się objawów oraz wzajemne powiązanie sygnałów środowiskowych precypitujących lęk, myśli i asocjacje pacjentek oraz ich reakcję emocjonalną.

Polskie standardy leczenia farmakologicznego zaburzeń lękowych [6], opracowane przez zespół ekspertów i opublikowane w 2011 roku, otwiera następujące stwierdzenie: „Podjęmując się opracowania standardów farmakoterapii zaburzeń lękowych, trzeba zdawać sobie sprawę, że w leczeniu tych zaburzeń co najmniej równie skuteczna, a pod pewnymi względami skuteczniejsza, jest psychoterapia. Niemniej jednak farmakoterapia bywa częściej stosowana. Wynika to niewątpliwie z tego, iż jest ona bardziej dostępna, wymaga mniejszego nakładu czasu i pracy ze strony leczącego i pacjenta. Nierzadko przynosi szybszy efekt, który jednak po przerwaniu leczenia bywa krótszy w porównaniu z długoterminową skutecznością psychoterapii. Dlatego zawsze kończąc leczenie farmakologiczne zaburzeń lękowych czy jeszcze w jego trakcie, szczególnie przy braku pełnej remisji, należy rozważyć wspólnie z pacjentem możliwość podjęcia psychoterapii” [6].

Przegląd zaleceń w odniesieniu do poszczególnych rodzajów zaburzeń lękowych wskazuje, że zasadniczą rolę w leczeniu zaburzeń lękowych odgrywa aktualnie grupa leków określana jako przeciwdepresyjne. Szczególna rola przypada tu lekom nowej generacji, a zwłaszcza sub-

stancjom z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny oraz wenlafaksynie należącej do grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (lek ten w niższych dawkach, takich jak dawka 75 mg na dobę wpływa prawie wyłącznie na wychwyt serotoniny, jest więc bardzo zbliżony do leków SSRI). Leki z grupy benzodiazepin mają zastosowanie w leczeniu zaburzeń lękowych w konkretnych sytuacjach klinicznych.

W przypadku lęku uogólnionego postępowanie doraźne może obejmować podanie benzodiazepin, na przykład alprazolamu — ze względu na silne i szybkie działanie przeciwlękowe tej grupy leków. Według cytowanych wyżej standardów [6] leki te u chorych z zaburzeniem lękowym uogólnionym „Bywają stosowane na początku terapii, najczęściej jako leczenie wspomagające, lub w przypadku konieczności nagłej interwencji” [6]. W sytuacjach zaostrzenia się dolegliwości lękowych pacjent wymaga szybkiego opanowania tych objawów i jednoczesnego podtrzymania współpracy w leczeniu (aby nie porzucił całości leczenia jako nieskutecznego w jego subiektywnym przekonaniu). Dawka leku z grupy benzodiazepin powinna być dostosowana do sytuacji klinicznej oraz reakcji na lek (siły działania redukującego lęk). W lęku napadowym w początkowym okresie leczenia wskazane jest zastosowanie leków z grupy benzodiazepin, na przykład alprazolamu (jako leku z wyboru) w celu uzyskania przez pacjenta samodzielnej możliwości przerywania napadu lękowego oraz, poprzez to, odzyskania kontroli nad swoim funkcjonowaniem. W wielu sytuacjach klinicznych oczekiwanie przez pacjenta na rozpoczęcie działania leku z grupy przeciwdepresyjnych (w okresie np. 2–3 tygodni) może nie być przez niego akceptowane, ponieważ oczekuje on pomocy w sprawiających mu znaczne cierpienie dolegliwościach lękowych (zarówno w samych napadach lęku, jak i związanego z ich występowaniem lęku antycypacyjnego). „Pewne uzasadnienie ma dołączenie benzodiazepin w pierwszym okresie stosowania leku z grupy SSRI do czasu rozwinięcia się jego działania przeciwlękowego” [6]. Zastosowanie benzodiazepin może być w takiej sytuacji klinicznej podyktowane wieloma względami. W podręczniku *Leczenie zaburzeń psychicznych* [8] Rzewuska pisze, że są one wskazane „w sytuacjach, gdy niezbędne jest szybkie opanowanie lęku (np. gdy istnieje ryzyko utraty pracy lub gdy częste napady i znaczny lęk antycypacyjny uniemożliwią np. chodzenie do szkoły)”. Ich zastosowanie wiąże się więc ze zmniejszeniem cierpienia pacjenta, przywróceniem mu kontroli nad własnym życiem i aktywnością oraz redukcją konsekwencji wystąpienia zaburzeń dla funkcjonowania życiowego, rodzinnego, zawodowego

(szkolnego). Kwestie umożliwienia kontynuowania działalności zawodowej mogą mieć poważne znaczenie dla utrzymania pracy oraz dochodów pacjenta.

W przedstawianym powyżej kontekście powinno się myśleć o rozsądnym i zgodnym w zaleceniach stosowaniu

leków benzodiazepinowych, w tym nowych postaci ich podawania, jak tabletek podjęzykowych alprazolamu, nie zapominając jednak przy tym o ważnym znaczeniu sygnału lękowego w indywidulanej historii i konstelacji problemów pacjentów.

Streszczenie

Lęk o dużym nasileniu, pojawiający się nagle może poważnie zakłócać funkcjonowanie osoby nim dotkniętej, utrudniając lub uniemożliwiając aktywności w sferze codziennego funkcjonowania, a także w obszarze rodzinnym, zawodowym (szkolnym) i innych zakresach życia. Tego rodzaju lęk powinien być szybko opanowany, aby przywrócić pacjentowi poczucie kontroli nad swoim stanem psychicznym i zachowaniem.

Praca przedstawia opisy trzech przypadków osób z zaburzeniami lękowymi, u których wystąpiły epizody bardzo silnego lęku. W dwóch przypadkach kontynuowano leczenie lub zastosowano terapię lekiem przeciwdepresyjnym. Dokładny wywiad co do okoliczności wystąpienia lęku oraz skojarzeń z nim związanych, ujawnił psychologiczne podłoże nasilenia się lub pojawienia dolegliwości lękowych. Podanie alprazolamu w tabletkach podjęzykowych miało na celu szybką redukcję nasilenia lęku i odzyskanie przez osoby leczone kontroli nad stanem emocjonalnym i swoimi aktywnościami. Alprazolam w postaci tabletek podjęzykowych w połączeniu z interwencją opartą na zrozumieniu intrapsychnicznego znaczenia okoliczności wywołujących objawy okazał się skuteczną metodą redukcji nasilonych dolegliwości lękowych.

Psychiatria 2014; 11, 3: 177–182

słowa kluczowe: zaburzenia lękowe, ostry lęk, interwencja psychologiczna, benzodiazepiny, alprazolam, tabletki podjęzykowe

Piśmiennictwo

1. Yowell Y. From hysteria to posttraumatic stress disorder: psychoanalysis and the neurobiology of traumatic memories. *Neuropsychanalysis*, 2000; 2: 171–181.
2. Jarema M. Wybrane wiadomości o triazolobenzodiazepinach. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1994; 3: 69–96.
3. Indeks Leków Medycyny Praktycznej. <http://indeks.mp.pl/leki/desc.php?id=62>; 1.10.2014.
4. Jonas J.M., Cohon M.S. A comparison of the safety and efficacy of alprazolam versus other agents in the treatment of anxiety, panic and depression: a review of the literature. *J. Clin. Psychiatry* 1993; 54 (supl. 10): 25–45.
5. Scavone J.M., Greenblatt D.J., Shader R.I. Alprazolam kinetics following sublingual and oral administration. *J. Clin. Psychopharmacol.* 1987; 7: 332–334.
6. Landowski J., Cuda W.J., Aleksandrowicz J., Rabe- Jabłońska J., Jarema M. Zaburzenia lękowe. W: Jarema M. (red.). *Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych*. Via Medica, Gdańsk 2011: 158, 164, 173.
7. Konopka A., Wroński M., Samochowiec J. Możliwości medycyny w zakresie leczenia lęku — historia i współczesność. *Psychiatria* 2013; 10: 55–62.
8. Rzewuska M. Leczenie zaburzeń nerwicowych. W: Rzewuska M. (red.). *Leczenie zaburzeń psychicznych*. PZWL, Warszawa 2000: 137.